

Année 1929

THÈSE

N^o 22

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Adrien PERRET

Ancien Interne des Hospices de Paris

Ancien Interne de la Préfecture de la Seine

Né le 8 Février 1900, à Briançon (Hautes-Alpes)

Torsion supra-vaginale du Cordon spermatique

Président: M. OMBREDANNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1929

92

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Adrien PERRET

Ancien Interne des Hospices de Paris

Ancien Interne de la Préfecture de la Seine

Né le 8 Février 1900, à Briançon (Hautes-Alpes)

Torsion supra-vaginale du Cordon spermatique

Président: M. OMBREDANNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1929

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale	ROUVIERE
Physiologie	CUNEO
Physique médicale	ROGER
Chimie médicale	STROHL
Bactériologie	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LEMIERRE
Pathologie et Thérapeutique générales	BRUMPT
Pathologie médicale	MARCEL LABBE
Pathologie chirurgicale	SICARD
Anatomie pathologique	LECENE
Histologie	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	TIFFENEAU
Thérapeutique	M. VILLARET
Hygiène et médecine préventive	LOEPER
Médecine légale	TANON
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée	MENÉTRIER
	RATHERY
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA



II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	CHABROL	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.	CHIRAY	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	CLERC	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	DEBRE	Hygiène.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	DOGNON	Physique.
BINET	Physiologie.	DONZELO	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	DUVOIR	Médecine légale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	ÉCALLE	Obstétrique.
BRULE	Pathologie médicale.	FISSINGER	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale.
		GATELLIER	Pathologie chirurgicale.

MM.

GIROUD.....	Histologie
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX.....	Anatomie pathologique
LEVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE..	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (F) ..	Pharmacologie.
METZGER....	Obstétrique.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
MULON.....	Histologie.
OBERLING....	Anatomie pathologique
OLIVIER.....	Anatomie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHER, Fils..	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	(Pasteur)..... Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie
RETTERRER	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstétricale.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY.....

Stomatologie.

CHAILLEY-BERT.....

Education physique.

LEDOUX-LEBARD.....

Radiologie clinique.

WEILL-HALLE.....

Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A qui je dois tout.
Très humble témoignage de mon inalté-
rable affection.

A LA MEMOIRE DE MA SOEUR MADELEINE

Dont la mort brutale a laissé un si grand
vide dans nos cœurs.

A MES SOEURS ET A MON FRERE

Que j'unis dans la même affection.

A MA FIANCEE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Professeur de Clinique chirurgicale Infantile

A la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

Officier de la Légion d'honneur

Pour le grand honneur qu'il nous fait nous
le prions d'agréer l'expression de notre
respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

Professeur de Clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Montpellier

Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage d'admiration et de profonde gra-
titude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE GRENOBLE (1918-1919)

A MONSIEUR LE DOCTEUR TERMIER

*Professeur de Pathologie chirurgicale à l'Ecole
de Médecine de Grenoble
Chirurgien de l'Hôpital de Grenoble*

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. SAPPEY

Médecin de l'Hôpital de Grenoble

L'un et l'autre guidèrent nos premiers pas
en médecine. Nous les unissons dans le
même sentiment de respectueuse recon-
naissance.

A LA MEMOIRE DU DOCTEUR BERLIOZ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1919-20 PROFESSEUR BROCA (In mémoriam) : *Hôpital
des Enfants malades*

DOCTEUR GUINON, *Hôpital Bretonneau*

Externat

1920-21 DOCTEUR MORANCE, *Médecin-chef de l'Hôpital
Sanatorium de l'Assistance publique
de Hendaye*

En témoignage d'affectueuse gratitude.

1921-22 DOCTEUR CHIFOLIAU, *Chirurgien des Hopitaux
de Paris, Maison Municipale de Santé*

1922-23 PROFESSEUR LECENE, *Chirurgien de l'Hôpital
Saint-Louis*

1923-24 DOCTEUR PAISSEAU, *Médecin des Hôpitaux
de Paris : Bastion 29*

DOCTEUR LORTAT-JACOB, *Médecin de
l'Hôpital*

Saint-Louis

1924-25 PROFESSEUR NOBECOURT, *médecin de
l'Hôpital des Enfants Malades*

DOCTEUR CATHALA, *accoucheur de l'Hôpital
Saint-Louis*

Internat

Sanatorium de l'Assistance Publique de Brévannes

1925-26 DOCTEUR LEVY-VALENSI, *Médecin des
Hôpitaux de Paris*

En témoignage de ma gratitude.

1926-27 DOCTEUR MARIE, *Médecin des Hôpitaux
de Paris*

DOCTEUR RAMADIER, *Otorhino-Laryngologiste
des Hôpitaux de Paris*

Internat de Saint-Lazare

1927-28 DOCTEUR SEE, *Médecin de l'Hôpital St-Lazare*

A MES AUTRES MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DOCTEUR LÉON TIXIER, *Médecin des Hôpitaux de Paris*

DOCTEUR JEAN HUTINEL, *Médecin des Hôpitaux de Paris*

DOCTEUR PICHON, *chef de clinique aux Enfants Malades*

DOCTEUR RAVINA, *Chef de clinique à la Faculté de Paris*

DOCTEUR RUPPE, *Stomatologiste des Hôpitaux de Paris*

DOCTEUR THIEL, *Médecin Assistant au Sanatorium
de Brévannes*

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE SAINT-GERMAIN

A MESSIEURS LES DOCTEURS LAMARE ET LARGET

Chirurgiens de l'Hôpital

Nous leur devons toute notre éducation chirurgicale.

Nous les unissons dans le même sentiment d'admiration, de gratitude et de sincère affection.

Puisse le souvenir que nous emportons de leur probité chirurgicale, de leur bonté, de leur inlassable activité, demeurer notre plus précieux conseiller.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHERECHEWSKI

Médecin de l'Hôpital

En témoignage de vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VENOT

Médecin de l'Hôpital

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUC

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Chef du Service d'orthopédie de l'Hôpital de St-Germain

Nous gardons de lui le souvenir d'un maître éminent plein de sollicitude et de bonté qui ne cessa de nous prodiguer ses conseils bienveillants.

Nous lui conserverons une inaltérable reconnaissance.

A MONSIEUR MOREAU

Docteur en pharmacie

Chef du laboratoire de l'Hôpital de St-Germain

En témoignage d'admiration et de vive reconnaissance.

À MES COLLEGUES ET AMIS D'HOPITAL

Brévannes

MM. LES DOCTEURS : LECHAUX, DELVAILLE, MINOT,
DELIENCOURT, SALLE, LAFAIL-
LE.

FERRAND, *Interne en Pharmacie*

Saint-Germain

MM. LES DOCTEURS : FOURREY, HINARD, DENICHOU,
MAURER, GAUTHIER, DE WIL-
LIENCOURT, BONNIER, LECA-
CHEUX, AMIARD.

MEIS ET AMICIS

AVANT - PROPOS

En 1840, DELASIAUVE publiait dans la « Revue Médicale française et étrangère » la première observation de torsion du cordon spermatique.

Pendant plus de soixante années la littérature médicale demeurerait muette sur ce sujet, lorsqu'en 1904, parut le mémoire remarquable du Docteur LAPOINTE, bientôt suivi des articles du Professeur SEBILEAU, DE VILLARD de Lyon, du Docteur SOULIGOUX, puis, plus près de nous, des publications du Professeur OMBREDANNE et du Docteur MOUCHET.

Identifiée dans sa clinique, la question semble frappée d'un regain d'actualité et les observations de torsion du cordon spermatique se multiplient au cours de ces dernières années.

Nous verrons que le plus grand nombre des publications relatent des cas de torsion intra-vaginale, de volvulus du testicule selon l'expression du Docteur LAPOINTE. Rares sont les observations de torsion totale, supra-vaginale, de bistournage accidentel du testicule, selon l'expression du même auteur.

Les hasards de la clinique hospitalière nous ayant per-

mis d'en observer un cas type, nous avons pensé qu'il était intéressant de le rapporter.

Nous tenterons parallèlement de faire une petite place anatomo-clinique à cette affection rare et à laquelle il convient de penser toujours en présence d'une orchite aiguë ou subaiguë qui ne fait pas sa preuve ou d'une tumeur inguinale apparaissant étranglée à l'anneau, chez un enfant ou un adolescent.

Observation du Service du Docteur Lamare

Chirurgien de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Le 24 mars entrainé à l'hôpital, avec le diagnostic de tumeur inguinale gauche, un apprenti jockey de 22 ans, S...

Un mois auparavant, étant à cheval, S... avait ressenti, à la suite d'un mouvement brusque de sa monture une douleur en éclair au niveau de l'aîne gauche.

Après un repos de quelques heures la douleur s'est estompée et le malade reprend ses occupations ; quand brusquement, dans la nuit du 9 mars il est réveillé par une douleur vive au niveau de la région inguinale gauche, douleur bientôt irradiée vers la fosse ilio-lombaire et la cuisse gauche. Un vomissement alimentaire complète ce tableau douloureux.

La palpation de la région inguinale révèle au malade la présence d'une petite tumeur ovalaire, dure, très douloureuse à la pression.

Au matin la douleur s'atténue quelque peu, mais la tumeur augmente de volume et si les vomissements ont cessé, le malade ne peut uriner et aller à la selle qu'aux prix d'une aggravation de la douleur qui ne s'amende

guère que dans le decubitus dorsal, et sous l'influence d'applications chaudes.

Dans les jours qui suivent, les signes généraux s'estompent, mais au niveau de l'aîne gauche la tumeur grossit sous la peau qui devient rouge.

Cet état local demeure jusqu'au 24 mars jour où le malade entre dans notre service.

Une courte enquête fait éliminer tout antécédent infectieux ou génital : pas d'écoulement urétral et le dernier rapport sexuel remonte à plus d'un mois.

Seule, la notion traumatique que nous avons signalée au début de notre observation est retenue par le malade qui n'a jamais remarqué une anomalie testiculaire tant au point de vue situation que volume.

L'état général est bon, la température et le pouls normaux, la douleur spontanée minime.

L'examen de la région inguinale gauche montre une tumeur du volume d'un œuf de poule, fermant l'orifice externe du canal inguinal auquel elle apparaît fixée — tumeur renittente mais peu mobile sous des téguments infiltrés, douloureuse en deux points : Supérieur où l'on sent un bourrelet dur roulant sous le doigt : le cordon inférieur où la tumeur est plus dure encore. — Il est impossible d'isoler l'épididyme et l'on note une atrophie d'ensemble de la bourse gauche qui semble attirée vers l'arcade crurale.

Pas de réaction ganglionnaire inguinale et l'inventaire du contenu inguino-scrotal droit ne présente aucune particularité.

Par ailleurs, nous l'avons dit déjà, pas d'écoulement

urétral, pas d'ulcération génito-anale, pas d'antécédents infectieux.

On conclut à une orchite traumatique par torsion du cordon spermatique sur un testicule vraisemblablement en ectopie et, les signes locaux forçant la main au même titre que l'ancienneté de la lésion, l'intervention est décidée.

Compte rendu opératoire. — Anesthésie générale au Schleich.

Sous les plans superficiels infiltrés, la vaginale apparaît épaissie et laisse échapper à son incision une quantité importante de sang noirâtre épanché dans sa cavité.

Le testicule est grisâtre, sphacélique par place et se continue vers le haut par un cordon épais et dur qui, au-dessus de la vaginale est enroulé sur lui-même : trois tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre.

Comme le cordon et dans le même sens que lui le ligament scrotal particulièrement développé participe à la torsion.

On note en plus la présence d'un petit tractus qui du pôle inférieur du testicule va s'insérer à l'épine pubienne, tractus qu'on sectionnera.

Le fond de la bourse, remonté, ne se laissera déprimer qu'après section du ligament scrotal.

Malgré ces deux libérations la détorsion est impossible. De plus le testicule apparaît comme très compromis.

La castration est décidée suivie de thermocautérisation du moignon spermatique.

Les suites opératoires sont parfaites.

Telle est brièvement rapportée l'observation qui nous a suggéré l'idée de cette thèse.



C : Cordon tordu au-dessus de la vaginale.

T : Tractus fibreux tordu allant à l'épine pubienne.

O : Testicule sphacélique faisant hernie à travers les enveloppes épaissies, oedématisées.

L'histoire, l'examen clinique avaient fait porter le diagnostic d'orchite traumatique sur un testicule vraisemblablement en ectopie.

Le tableau de péritonisme brutal et rapidement estom-

pé, la fixité du testicule sous les téguments, la recherche des points douloureux, avaient autorisé le diagnostic vérifié à l'intervention de torsion du cordon.

Nous verrons qu'il n'en est pas toujours ainsi et que l'erreur est la règle tant par le polymorphisme de l'affection, que, parce que rare ou n'y pense point, et nous ne saurions mieux illustrer cette conclusion qu'en citant les premières lignes du travail du Docteur LAPOINTE :

« Dans certaines conditions, le testicule tournant sur
« lui-même entraîne la torsion du cordon spermatique.
« Cet accident peut produire des altérations de même
« ordre que ceux qui résultent de la torsion du pédicule
« d'un kyste de l'ovaire, pour ne parler ici que de l'organe homologue.

« De ce fait, la pathologie du testicule s'est enrichie
« d'un nouveau chapitre, naguère encore peu connu et
« mal documenté. Aussi n'y a-t-il pas d'affection testiculaire qui ait fourni d'occasions plus fréquentes à l'erreur de diagnostic.

« On sait aujourd'hui que les phénomènes désignés
« sous le nom d'étranglement du testicule ectopique par
« les anciens auteurs, ressortissent dans certains cas à la
« torsion du cordon, et un observateur expérimenté n'oublie plus de discuter ce diagnostic, en présence d'une
« ectopie inguinale compliquée d'accidents ».

HISTORIQUE

Le premier cas de torsion du cordon spermatique bien observé, a été publié en France par DELASIAUVE (1) en 1840, qui, appelé pour un étranglement crural constata un « tortillement du cordon » dans le trajet inguinal.

En 1859, SCARENZIO, de Pavie (2) en publia un nouveau cas et émet une hypothèse sur le mécanisme de la torsion.

Puis viennent les publications de LANGLET (3) en 1871, de LANGTON (4) en 1881, de NICOLADINI (5) en 1885, de LAUENSTEIN (6), de JOHNSON (7) en 1894 avec 14 cas, de John VAN DER POEL (8) avec 21 cas, de DEFONTAINE (9), de MAUCLAIRE (10) suivie de la thèse de COSSIN (11) (1894).

En 1896 le P^r LEGUEU (12) rapporte une observation d'étranglement du testicule par torsion du cordon spermatique. Deux ans plus tard BAROZZI (13) signale un cas de torsion spontanée du testicule. Puis viennent les publications de P. RECLUS (14), de WEISINGER (15), de SASSE (16), de NANU (17), de DUJON et CHÉGUT (18) avec un cas de bistournage spontané du testicule simulant une hernie étranglée.

En 1901, le Professeur SÉBILEAU consacre une place importante à ce sujet dans le traité de chirurgie de LE DENTU et DELBET. En 1904 le travail du Docteur LA-POINTE apporte une revue générale de la question, dans laquelle sont traités à part la torsion totale du cordon spermatique, ou bistournage accidentel du testicule, le volvulus du testicule, l'infarctus hémorragique sans torsion — et où sont rapportées les observations princeps de l'une et l'autre lésion.

Dès lors les observations se multiplient, les chirurgiens prévenus opèrent. A tel point que le Professeur OMBREDANNE (19) déclarait en 1913, que sur 9 interventions pratiquées systématiquement sur des cas d'orchite primitive, 5 avaient montré la présence de torsion.

Ce sont enfin les publications du Professeur TUFFIER, du Docteur CHEVASSU, de DUCHAMP et VIAL (20), de PILLET (21) et tout récemment celles du Docteur Albert MOUCHET (22) à la Société de Chirurgie et l'intéressant mémoire illustré d'Alex. E. ROCHE de Londres (23).

La richesse de la bibliographie dit assez l'importance accordée par les auteurs à cette question et ils nous apparaît comme bien difficile d'émettre une idée nouvelle clinique, anatomique ou thérapeutique. Nous essaierons toutefois de faire une synthèse des différentes opinions professées, en nous attachant plus spécialement à la torsion totale du cordon spermatique, rare, et dont une douzaine à peine d'observations ont été publiées.

ETUDE CLINIQUE

Pathogénie, Mécanisme, Anatomie-Pathologique

La torsion du cordon spermatique dit le Docteur LAPOINTE dans son travail mémorable, peut survenir dans deux conditions différentes : Dans un cas, le testicule tourne avec le sac fibro-séreux qui le contient ; dans l'autre, le sac fibro-séreux reste en place et c'est dans la vaginale elle-même que tourne le testicule.

Dans le premier cas se trouve reproduit chez l'homme un accident comparable au bistournage opératoire des animaux et M. LAPOINTE désigne ce type de torsion sous le nom de « bistournage accidentel ».

La torsion du testicule dans la vaginale réalise la torsion d'un kyste de l'ovaire, M. LAPOINTE la désigne sous le nom de « volvulus du testicule ».

Nous envisagerons uniquement la torsion totale, le « bistournage accidentel » et nous dirons à côté de l'opinion de M. LAPOINTE, les différentes théories émises à son sujet.

Toutefois nous essaierons d'opposer dans leur étiologie et leur évolution les deux accidents afin de tenter en con-

clusion, d'identifier l'une et l'autre forme dans son mécanisme et sa symptomatologie.

Quand on se représente la topographie et les connexions d'un testicule descendu normalement, la rotation au fond des bourses du sac fibreux et de son contenu est un événement bien difficile à comprendre, déclare M. LAPOINTE. Peut-être un traumatisme extérieur même léger pourrait-il, rompant le ligament scrotal, réaliser un clivage sous-cutané et permettre la luxation du testicule et de son sac, réalisant ainsi le bistournage pratiqué par les vétérinaires. Mais ce fait n'est point démontré et « je ne sache pas, poursuit M. LAPOINTE, qu'un « traumatisme ait jamais été assez « intelligent » ou une « poche crémasterienne assez puissante pour produire « simultanément ou successivement le décollement intra-scrotal préliminaire à la rotation et la rotation elle-même » ?

Déjà en 1901, le Professeur SÉBILEAU écrivait : « Je ne « crois pas que la vaginale puisse devenir si libre, si « flottante dans le sac scrotal, que le sac puisse l'entraîner avec lui ».

Nous verrons cependant que bien qu'extrêmement rare la torsion totale supra-vaginale, s'est trouvée réalisée sur un testicule normalement descendu : observations du Docteur CHEVASSU et du Professeur OMBREDANNE.

Toute différente est la torsion survenant au cours de la migration testiculaire ou sur un testicule en ectopie qu'un traumatisme vient mobiliser.

Au cours de la descente testiculaire le bord funiculaire du testicule se trouve en partie fixé par les éléments du

cordon et pivote sur le pilier externe alors que le bord libre exécute de dedans en dehors, de haut en bas et d'arrière en avant une rotation moyenne de 90° pour se placer en avant dans le scrotum, la face primitivement antérieure devenant externe, et la postérieure interne.

Selon la fixité et la hauteur dans le canal, du bord épiddymaire, une inversion peut survenir constituant le premier degré de la torsion.

Que l'expulsion brusque survienne, que le testicule demeure fixé à l'orifice inguinal et soit traumatisé, en voilà assez pour expliquer qu'un cordon incapable d'allongement subit se torde au-dessus de la vaginale.

Enfin on comprendra mieux encore ce mécanisme si l'on imagine ce qui était réalisé dans notre observation à savoir la présence de vestiges fibreux d'un gubernaculum inséré vicieusement au niveau du pubis et fixé d'autre part à la base du testicule.

Ainsi donc torsion supra-vaginale implique le fait de migration brusque du testicule ou d'ectopie traumatisée.

Malheureusement les observations trop rares ne permettent pas d'affirmer cette hypothèse et le plus souvent le malade, écrit M. LAPOINTE, n'a « jamais pu dire s'il « y avait ectopie antérieure ».

Sur le volvulus du testicule au contraire les observations abondent et LAPOINTE semble plus affirmatif en ce qui concerne son mécanisme : « Le volvulus n'est « possible que s'il existe un long mesotestis permettant « une mobilité anormale du testicule dans une vaginale « spacieuse » et impliquant dans la majeure partie des

cas une inversion verticale ; épидидyme en avant et tête en bas.

Testicule pédiculé plus efforts, contraction des muscles de la paroi, voire même seulement celle du crémaster résument le mécanisme du volvulus du testicule, de la torsion intra-vaginale, qui surviendra plus volontiers dans le scrotum que dans le canal inguinal.

En résumé donc pour M. LAPOINTE :

a) Torsion supra-vaginale ou bistournage accidentel, rareté clinique = testicule en ectopie traumatisé ou migration brutale du testicule.

b) Torsion intra-vaginale ou volvulus du testicule = testicule pédiculé dans une vaginale distendue.

Causes déterminantes, communes : l'effort, la contraction de la paroi abdominale, voire même simplement du crémaster.

Cette dernière étiologie nous autorise-t-elle à penser que la contraction crémastérienne est un agent mécanique important dans l'histoire de la torsion testiculaire ?

L'anatomie nous apprend que la majeure partie des fibres du crémaster externe cravatent la face antérieure du cordon unies qu'elles sont aux fibres clairsemées du crémaster interne par des trousseaux arciformes à concavité supérieure.

Une contraction crémastérienne n'impliquerait-elle pas l'idée d'une rotation testiculaire externe ?

Le Professeur FORGUE, dans son Précis de pathologie externe émet des opinions très voisines au point de vue mécanisme, mais il insiste sur ce fait capital que nous retrouverons du reste avec le Professeur OMBREDANNE

que c'est une affection de l'adolescence, exceptionnellement de l'enfant.

Avec le Professeur OMBREDANNE (qui réserve dans son beau précis de chirurgie infantile, une place importante à la torsion testiculaire) la cause déterminante de « cette » variété si particulière d'orchite aiguë primitive, à terminaison tantôt atrophiante, tantôt suppurative » résiderait dans la masturbation et l'expression « d'orchite » des masturbateurs » de GOSSELIN reprendrait toute sa valeur.

Plaident en faveur de cette opinion : a) l'absence de maladies infectieuses, de blennorragie, souvent, de traumatisme. b) l'âge : presque toutes les observations relatent des cas survenant entre 15 à 20 ans, âge de la masturbation. c) l'aveu fréquent spontané ou forcé du malade qui déclare que l'accident a éclaté au cours de manœuvres de masturbation.

Et, partant de l'opinion de GOSSELIN, le Professeur OMBREDANNE pense que la masturbation expliquerait pour une grande part le mécanisme de la torsion du testicule, dans le cas le plus fréquent, dit-il, de « Volvulus du testicule » survenant sur un testicule normalement descendu dans les bourses : Le grand axe frontal du testicule passant par le cordon est oblique en avant. Les mouvements de rotation se feront donc au $\frac{1}{3}$ ou au $\frac{1}{4}$ antérieur de la glande. Or l'épididyme et les vaisseaux du testicule sont excentriques par rapport à ce grand axe.

Qu'une congestion passagère amène la distension de

ces vaisseaux, voici ébauchée l'ascension puis la torsion du testicule.

Torsion qui pourra soit revenir sur elle-même spontanément, la congestion vasculaire terminée, soit demeurer légère, compatible avec la vie du testicule qui se trouvera en inversion incomplète, soit s'accuser davantage et aboutir soit à l'atrophie testiculaire, soit à l'apoplexie testiculaire ou infarctus hémorragique et au sphacèle de la glande.

En ce qui concerne la forme de torsion : Supra-vaginale et intra-vaginale, le Professeur OMBREDANNE dit la rareté de la première par rapport à la fréquence de la seconde et pour lui l'ectopie testiculaire ne serait pas à la base de l'affection.

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

L'apparition brusque des accidents est la règle : une douleur vive, syncopale, siégeant parfois dans la fosse iliaque, mais se localisant bientôt au niveau du testicule intéressé, ouvre la scène.

Puis s'installent, fugaces, des phénomènes abdominaux : défense musculaire d'un ventre parfois rétracté, nausées, vomissements, faciès pâle, pouls petit, rapide, angoisse.

C'est le tableau du « Péritonisme scrotal » de FORGUE qui bientôt va s'estomper et faire place à une symptomatologie locale : la tuméfaction inguinale ou scrotale.

La brusquerie du début, l'intensité de la douleur ne se retrouvent guère que dans les traumastimes testiculaires. Aussi ces signes constituent-ils un bon élément de diagnostic.

Parfois cependant, comme dans notre observation l'évolution se fait en plusieurs temps et après le début dramatique une accalmie survient autorisant le malade à se croire guéri, puis les symptômes locaux réapparaissent (correspondant peut-être anatomiquement à l'hémorragie interstitielle), et imposent l'intervention : C'est la torsion récidivante.

Parfois, enfin, mais rarement, les accidents tournent court, la tumeur testiculaire apparaît à peine, la détorsion s'est opérée spontanément, ou un taxis prudent l'a effectuée.

Dans la majeure partie des cas un tableau d'orchite fait suite au péritonisme du début : orchite faite d'un testicule gros, douloureux, coiffé d'un épiddyme énorme, difficilement palpable du reste, à travers des tuniques infiltrées, œdématisées, qu'un épanchement vaginal vient encore épaissir. Souvent, lorsque surtout la torsion survient sur un testicule normalement descendu il est possible de suivre assez haut le cordon dur et douloureux.

Ce tableau d'orchite aiguë survenant en dehors de tout antécédent infectieux, génital ou traumatique doit éveiller l'idée de torsion testiculaire qui impose l'intervention.

« En cas de doute dit le Professeur OMBREDANNE, faisant allusion à la forme aiguë de la tuberculose testiculaire de l'enfant dont le tableau clinique est si voisin, il ne faut pas s'abstenir, il faut opérer et bien des torsions testiculaires seront ainsi découvertes ».

Ainsi se trouve considérablement simplifié le diagnostic de torsion du cordon spermatique.

L'étranglement herniaire ne devrait pas, par la richesse de sa symptomatologie, et l'examen scrotal causer le moindre doute ; l'erreur ne serait excusable que si une hernie irréductible ou vraiment étranglée se compliquait de torsion du cordon et dans ces cas du reste l'intervention fera la part des choses.

En dehors de ce cas exceptionnel c'est donc le diag-

nostic d'une orchite épидидymite aiguë : l'examen de l'urètre fait éliminer la blennorragie, l'examen de la face écarte les oreillons, cause infectieuse la plus fréquente de l'orchite et, en dehors d'une poussée de pachyvaginite d'apparence primitive, fait rare, deux diagnostics sont à discuter avant d'éliminer la torsion du cordon : l'orchite traumatique ; la forme aiguë et la tuberculose testiculaire.

Nous avons dit ce qu'il fallait penser de cette affection et l'opinion du Professeur OMBREDANNE semble ne pas laisser de doute thérapeutique à son sujet.

Le traumatisme n'est pas évident, reste la torsion testiculaire : peu importe qu'elle soit haute ou basse, qu'elle soit seule ou associée à la torsion de l'hydatide de Morgagni qui survenant isolément donne en tous points le tableau d'une orchite aiguë, il faut intervenir et au plus tôt.

TRAITEMENT

Il faut intervenir vite : vite au point qu'opérée dans les deux heures ayant suivi le début des accidents, la torsion testiculaire a pu se terminer par la castration.

Ou bien la détorsion est possible, le testicule d'apparence sain, on fixe la vaginale au scrotum dans le cas qui nous intéresse surtout : la torsion supra-vaginale, le bistournage accidentel, le testicule à la vaginale et celle-ci au scrotum si la torsion est intravaginale.

Ou bien la détorsion est impossible et parallèlement le testicule est ou paraît compromis : c'est la castration d'emblée.

Enfin dans les cas où la détorsion aura été possible il faut en présence du moindre signe d'intolérance pratiquer la castration secondaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION II

Observation DELASIAUVE : (Mémoire du Docteur LAPOINTE)

Revue médicale française et étrangère, 1840, t. I, p. 363

Garçon de 15 ans, portant depuis longtemps une hernie inguinale droite, constate une tumeur dans l'aîne du côté opposé, intermittente, disparaissant sous l'influence de la plus légère pression.

Le 24 novembre 183.., sans aucun effort antérieur, la tumeur sortit plus grosse, plus dure, plus douloureuse. On la fit rentrer avec peine. Deux jours après elle ressortit : réduction impossible, douleurs vives, coliques, nausées, insomnie.

Taxis prolongé et violent, sans résultat, pendant trois jours. La tumeur augmente, la peau se tend et devient résistante,

Le quatrième jour, après une dernière tentative de réduction l'opération est faite en présence de DELASIAUVE qui put à peine examiner le patient quelques instants. Il constate une tumeur affectant la direction du canal inguinal, qu'elle dépasse en bas de 6 lignes environ, dure, chaude, volumineuse. Douleurs vives irradiant dans l'ab-

domen, faciès non altéré, ventre mou et souple, point de vomissement, ni d'arrêt des matières. DELASIAUVE combat sans succès le diagnostic, hernie crurale étranglée, posé par les confrères qui l'avaient appelé comme aide.

Opération : Incision sur la partie moyenne de la tumeur, oblique de haut en bas. L'orifice inguinal externe est découvert, il est très élargi. On le débride et on voit une tumeur plus grosse qu'un œuf, ovale, se terminant en bas par un cul-de-sac, mobile et pouvant être facilement soulevée.

En haut, la tumeur recourbée en dehors est retenue par les bords du pilier externe. Elle se continue avec une espèce de cordon recouvert d'une membrane lisse et qui plonge, après un court trajet par l'ouverture interne du canal. Au point de jonction, le cordon semble avoir subi plusieurs torsions, comme si la tumeur, en descendant, eût tourné sur elle-même. On essaye de réduire la tumeur qui se rompt et laisse échapper du liquide séreux. On sent un corps remuer dans sa cavité : au lieu de l'intestin, c'était le testicule, absent en effet de la bourse gauche et formant une tumeur dure, bosselée, rouge : il était longé en arrière et en dedans par un prolongement du cordon supérieur qui venait s'insérer sur son flanc après avoir formé une anse courte au-dessus de lui.

Ablation du testicule avec ligature du cordon et incision des débris indurés de la tunique vaginale. Guérison.

Le volume de l'organe était plus que doublé, son tissu rouge, livide dans un état d'altération voisin de la gangrène.

OBSERVATION III (LEGUEU)

Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie

15 Juillet 1896

En mars 1896 je fus appelé près d'un enfant de 13 ans, atteint de hernie étranglée. Il avait été pris la veille au soir, en jouant, d'une douleur subite à l'aine droite.

A l'examen, je ne trouvai pas de testicule dans la bourse correspondante. A peu près au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal, existait une tumeur arrondie du volume d'un gros noix. Elle était indépendante de la peau, très douloureuse au toucher comme fluctuante ou tendue. Fixe, elle semblait tenir au canal inguinal, bien que celui-ci ne présentât aucune tuméfaction comme celle d'une hernie étranglée.

Température 37° 2. Pouls 80. Il y avait eu un vomissement mais le faciès était bon.

L'enfant avait depuis sa naissance, une ectopie testiculaire de ce côté ; jamais les parents n'avaient vu le testicule dans les bourses, et la tuméfaction, apparue la veille, se montrait pour la première fois.

En raison de l'absence de toute réaction générale, habituelle dans la hernie étranglée, je pensai plutôt à un étranglement au niveau de l'orifice inguinal d'un testicule ectopique brusquement sorti.

J'incisai parallèlement à l'aine. Dans le tissu cellulaire sous-cutané se trouvait la tumeur collée à la paroi abdominale. Elle paraît fluctuante, j'incise ; c'est la vaginale, et dans celle-ci je reconnais le testicule blanc et l'épidi-

dyme noir. Au même moment toute la masse : vaginale et testicule, se déroulait brusquement d'un tour dans le sens opposé à celui des aiguilles d'une montre, pour reprendre spontanément sur l'aponévrose une attitude de repos. Je reconnus alors : 1°) que le canal péritonéo-vaginal était perméable.

2°) Qu'il n'y avait pas étranglement du testicule par l'orifice aponévrotique.

3°) Mais que le cordon tout entier, avec tous ses éléments et ses enveloppes propres, s'était tordu d'un tour sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre, comme par un bistournage automatique.

La torsion s'était faite à la sortie de l'anneau, et sur le cordon détordu, je voyais encore entre les tours de spire, le contraste entre les parties turgides et flasques. Cette torsion s'était sans doute produite au moment où pour la première fois, le testicule franchissait l'orifice inguinal.

L'épididyme paraissait seul, par sa coloration noire avoir souffert de l'étranglement manifeste de ses vaisseaux.

Je fis la cure radicale de la hernie en séparant le canal vagino péritonéal du cordon et en le liant haut dans le trajet inguinal. Le testicule fut fixé dans les bourses et l'enfant guérit sans incident. Quant il quitta l'hôpital, le testicule présentait une situation convenable et un volume normal.

OBSERVATION IV (BORAZZI)

Bulletin de la Société Anatom., 1898, p. 188

Sujet de 37 ans. Entre à l'hôpital pour une hernie survenue brusquement trois jours avant. Au moment de l'accident, douleur atroce dans la région inguinale droite, nausées sans vomissement.

Cet homme n'avait pas d'ectopie testiculaire, pas de blennorragie et les accidents ont éclaté sans cause appréciable.

Tumeur du côté droit du scrotum ressemblant plus à une hématocele qu'à une hernie inguino-scrotale. Induration diffuse, douloureuse à la pression le long du cordon jusqu'à l'orifice inguinal. La région inguinale elle-même est sensible.

Opération : Incision sur le 1/3 interne du canal et la moitié supérieure de la bourse. La paroi antérieure du canal est incisée sur une longueur de 3 centimètres. Pas de hernie, mais on trouve sur le trajet du cordon, dans sa portion inguinale, près de l'orifice externe, un étranglement produit par une torsion tellement énergique qu'elle avait amené la mortification des éléments funiculaires en un point très restreint, d'où rupture presque complète en ce point. Le bout central est lié ; le reste de l'organe infiltré de sang et de sérosité, fut enlevé, avec le testicule. Celui-ci grâce à la présence d'un épanchement séro-sanguinolent de la vaginale, semblant avoir doublé de volume. En réalité il était un peu plus gros

que normalement ; l'albuginée offrait à sa surface quelques taches ecchymotiques. Une section médiane du testicule donna issue à quelques grammes de sérosité rousâtre ; la substance glandulaire absolument méconnaissable offrait une teinte rouge noirâtre très foncée,

OBSERVATION V (TUFFIER)

Obs. rapportée par ROUTIER. — *Soc. Chir.* 1908, p. 721

ROUTIER rapporte un cas de torsion intra-vaginale présenté par un malade de BRUCH, chirurgien de Tunis, qui se termina par une castration. Puis il accuse les malformations testiculaires d'être à l'origine de la torsion, reprenant là l'opinion de RIGBY et HOWARD.

Enfin il rapporte une observation de bistournage accidentel :

« C'était une gangrène par torsion du cordon d'un testicule en ectopie inguinale, qui avait donné les symptômes d'une hernie étranglée. Les accidents avaient succédé à des massages destinés à faire descendre la glande à sa place dans le scrotum. Le testicule était libre dans sa vaginale épaissie et pleine de liquide noir. La torsion qui comprenait 2 tours de spire siégeait sur le cordon au point où il quitte la vaginale pour aller dans le canal inguinal ».

L'observation ne dit pas ce qu'il advint du testicule mais il est vraisemblable que l'intervention se termina par une castration car au cours de la discussion qui suivit, le professeur LEGUEU soutint que la castration n'est

pas indispensable même dans la torsion supra-vaginale, si on intervient assez tôt.

Nous avons dit ce qu'il fallait penser de la variabilité des aspects anatomiques du testicule et nous croyons que chaque cas constitue un cas d'espèce au point de vue anatomo-pathologique et traitement.

OBSERVATION VI (M. CHEVASSU)

Archives générales de Chirurgie, 1908 II, p. 225 (résumée)

Torsion totale sur un testicule normalement descendu

T... 36 ans, envoyé à l'hôpital Ricord le 5 mai 1906 pour orchio-épididymite. L'affection a débuté le 20 avril. Après avoir exécuté la veille au soir un travail fort pénible et s'être réveillé sans incident T... descendait de son lit quand il croisa brusquement la cuisse gauche sur la cuisse droite. Il ressentit alors au niveau du scrotum droit un craquement et bientôt le testicule droit se mit à augmenter de volume.

Très vite s'installait un syndrome douloureux et le malade regagnait son lit.

Le Docteur CHEVASSU examine T... 22 jours après l'accident.

Pas d'antécédent génital, ni infectieux.

« On trouve dans le scrotum droit une tumeur présentant grossièrement la forme ovoïde d'un testicule, plus volumineux que la glande normale, mais n'atteignant pas le double des dimensions habituelles. Sa surface est assez régulière, elle n'a cependant pas l'aspect lisse

« des tumeurs encapsulées. Elle adhère à la peau sur-
« tout en bas et en avant : la consistance est ferme, dure,
« rénitente. Aucun point douloureux exquis. Pas de
« transparence. En aucun point on ne peut effectuer le
« pincement de la vaginale. On ne sent au niveau du
« pôle supérieur de la tumeur aucune trace de l'épididy-
« me qui ne peut être pincé. Le cordon semble raccour-
« ci et comme rétracté vers l'abdomen ; il est régulière-
« ment gonflé et œdémateux. Le testicule du côté opposé
« est sain. Rien à signaler au point de vue général ».

M. CHAVASSU porte le diagnostic de torsion du cordon et le malade est opéré à l'anesthésie locale.

Compte rendu opératoire : L'incision pratiquée sur la face antérieure du scrotum traverse des tissus de consistance dure, d'aspect lardacé et saignant abondamment. Véritable coque sous laquelle la cavité vaginale s'ouvre ne donnant issue qu'à quelques gouttes de sang noirâtre.

La vaginale ouverte, on aperçoit le testicule de teinte violette, donnant l'impression d'une anse intestinale étranglée.

Il est placé en inversion, l'épididyme regarde en avant et la vaginale se trouve ouverte immédiatement en dedans de son bord interne. La congestion intense de la glande génitale coexistant avec cette anomalie de position permet d'affirmer l'existence d'une torsion du cordon.

L'incision est prolongée vers le haut jusqu'à l'orifice inguinal. Elle permet d'apercevoir nettement le siège de la torsion à 5 cm. environ au-dessus du testicule. Le canal

déférent plus facile à suivre que les autres éléments funiculaires croise en écharpe l'ensemble du cordon. Il passe obliquement sur son flanc externe, se portant de haut en bas et d'arrière en avant.

Il y a en définitive une torsion d'un demi-tour de spire qui s'est faite de telle manière que le bord épидидymaire du testicule droit primitivement postérieur à passé par la position externe pour devenir finalement antérieur.

Castration. Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION VII

Thèse de Latrille 1912

Torsion totale spontanée du cordon spermatique droit chez un malade porteur d'une ectopie testiculaire inguinale.

Obs. résumée.

E. L..., 20 ans, cultivateur.

Vient consulter en mars 1910 pour tumeur douloureuse, siégeant au niveau du canal inguinal droit. Il sait avoir le testicule droit en ectopie et il a à plusieurs reprises tenté de le faire descendre dans les bourses par des tractions.

Il y a 3 ans, a présenté des symptômes étiquetés orchite traumatique, à la suite de tentatives de ce genre.

Il y a 1 an, nouvel accident, celui-là spontané.

Enfin les troubles actuels, remontent à 8 jours.

L'examen fait porter le diagnostic d'orchite subaiguë.

Intervention.

« Le canal inguinal ouvert, une masse formée par le
« testicule et l'épididyme apparaît appendue à un pédi-
« cule tordu sur lui-même. Ce pédicule est formé par le
« cordon tout entier et le conduit vagino-péritonéal com-
« pris lui-même dans la torsion.

« La torsion s'étend sur près de 3 centimètres et ses
« plis, à la partie supérieure semblent fixés par des adhé-
« rences déjà anciennes et devenues définitives.

« On déroule au contraire un bout de spire à la par-
« tie inférieure de la zone tordue : (les constatations ont
« été faites plus tard sur la pièce enlevée) : la cavité
« vaginale, épanouissement de la partie inférieure du
« canal vagino-péritonéale est remplie d'une sérosité ci-
« trinë, il existe des exsudats inflammatoires et des pla-
« ques indurées sur la séreuse ».

Castration. Guérison.

OBSERVATION VIII : Professeur OMBREDANNE

Soc. chir. 1913

A propos de l'orchite aiguë primitive de l'enfant que KIRMISSON et BROCA déclaraient n'avoir jamais vu en dehors de la forme aiguë de la tuberculose testiculaire, le Professeur OMBREDANNE rapporte plusieurs observations d'orchites aiguës opérées : sur 7 cas il y avait 4 torsions testiculaires dont 2 totales (*celles que nous rapportons*), 1 cas douteux car exploration incomplète, un cas d'épididymite qui vraisemblablement n'était pas de la tuberculose, le dernier cas enfin était un oedème funiculaire sans orchite vraie.

1^{re} Obs. : (résumé) W... 13 ans.

Entre à l'hôpital le 27 Mars 1911 avec le diagnostic de hernie inguinale gauche étranglée.

Le début des accidents remonte à quelques heures : douleur brutale au niveau du testicule gauche, bientôt accompagnée de vomissement, d'accélération du pouls, d'élévation thermique.

A l'arrivée à l'hôpital : le testicule gauche, normalement descendu dans les bourses apparaît gros sous un épidyme volumineux.

La recherche des points douloureux montre une douleur exquise supra testiculaire.

Pas d'antécédents généraux, ni génitaux, pas de notion traumatique.

On pense à une orchite aiguë et des pansements humides sont appliqués sur la tumeur scrotale.

Les phénomènes généraux s'amendent bientôt, mais localement la masse grossit sous des téguments œdémateux et rouge et le cordon apparaît dur, douloureux à sa sortie de l'anneau inguinal.

Le toucher rectal est négatif, rien à signaler au niveau du scrotum droit.

Intervention le 4 Avril

Le scrotum est infiltré, lardacé.

Le cavité vaginale est virtuelle.

Le testicule ardoise a le volume d'une noisette.

L'épididyme est dur, tuméfié, noir.

A 1 c. 5 au-dessus de l'épididyme on trouve une torsion de un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. La détorsion n'amène pas de sang au niveau

du testicule éraillé au cours du premier temps opératoire.

Le Professeur OMBREDANNE tente de conserver la glande après fixation et drainage.

Les suites opératoires sont peu satisfaisantes : suintement puis élimination partielle sphacélique et l'enfant quitte l'hôpital avec une petite masse dure dans la bourse gauche.

Le Professeur OMBREDANNE regrette d'avoir temporisé.

Observation 2 : torsion épидидymaire.

Observation 3 : Enfant de 12 ans opéré pour orchite des masturbateurs.

On ne trouve pas de torsion basse.

On ne vérifie pas le cordon au-dessus de l'épididyme.

Observation 4 : résumée : Observation IX.

P... 9 ans a présenté une heure après masturbation une douleur scrotale droite brutale qui s'amende bientôt.

Examiné 8 jours après cet incident, le Professeur OMBREDANNE porte le diagnostic de torsion du cordon sur un testicule normalement descendu : pas d'antécédents infectieux, pas de traumatisme en dehors de la pratique de la masturbation avouée par le petit malade, le testicule est volumineux, douloureux surtout au niveau de son pôle supérieur où l'on sent le cordon épaissi.

Opération.

Incision de 2 cm. sur la face antérieure du scrotum.

Le bistouri traverse une série de couches infiltrées d'œdème.

La masse testiculaire adhère aux plans profonds de ces couches qu'on dissocie à la sonde cannelée. Bientôt on isole de cette manière une masse d'un blanc mat qui peut être aussi bien une vaginale épaissie qu'une albuginée. On agrandit l'incision par le haut pour arriver à découvrir le cordon. Au-dessus de cette masse on aperçoit les éléments du cordon violacés mais on ne constate aucune trace de torsion à l'union du testicule et du cordon. Saisissant alors la masse testiculaire, on l'attire en bas, le cordon se dégage. On débride le canal inguinal et bientôt le cordon apparaît tordu sur lui-même d'un tour complet. On le détord aisément car il n'était fixé dans sa position que par les adhérences avec les plans voisins.

Pas de castration. Réunion per primam. Guérison.

Ces deux observations montrent bien le début brutal des accidents, la localisation haute de la douleur correspondant à la torsion supra-vaginale.

Celle que nous venons de citer étiquetée orchite des masturbateurs vient confirmer en même temps que l'opinion de GOSSELIN, la pathogénie particulière qu'invoque le Professeur OMBREDANNE, opinion que nous avons rapportée dans la première partie de ce travail.

L'une et l'autre enfin nous montrent les désordres anatomiques épидидymo-testiculaires qui semblent plus en rapport avec la nature de la torsion que la durée de l'affection.

OBSERVATION X : M. Albert MOUCHET

Le Docteur MOUCHET rapporte une observation particulièrement intéressante de torsion testiculaire car le même arbre génital portait à la fois une torsion supra vaginale et une torsion intra vaginale.

Il s'agissait d'un garçon de 14 ans porteur d'une ectopie inguinale droite, qui avait présenté brutalement sans notion étiologique particulière une orchite aiguë droite.

L'intervention pratiquée très précocement montra :

1 torsion d'un tour et demi au-dessus de la vaginale.

1 torsion de 2 tours dans la vaginale, toutes deux dans le sens des aiguilles d'une montre.

De plus à l'union du corps et de la queue de l'épididyme une sorte d'interruption, représentée par un tractus celluleux tordu, bride l'épididyme.

Le testicule est particulièrement compromis.

La castration est pratiquée. Bonnes suites opératoires.

Compte-rendu anatomopathologique (Professeur LECÈNE)

Testicule infarci.

On reconnaît difficilement quelques tubes séminifères dissociés par d'énormes plages de sang extravasé.

Il est évident que le testicule est définitivement perdu au point de vue fonctionnel.

A propos de cette observation rappelons que nous avons déjà signalé la présence d'un tractus fibreux tordu gagnant le corps de l'épididyme (observation I). Peut-être,

comme nous l'avons pensé, ce petit trousseau fibreux joue-t-il un rôle actif dans l'étiologie de la torsion.

OBSERVATION XI : Rapporteur Docteur P. DESCOMPS

Cas de torsion totale du cordon : Docteur Pavlos PETRIDIS (Alexandrie).

Résumé :

Malade de 50 ans.

Entre dans le Service le 24 Juillet 1919 pour tuméfaction inguinale droite apparue brusquement il y a 4 jours. Apparition qui fut précédée d'un état général de Schock accusé avec frisson, fièvre, malaise général, nausées.

Au lendemain tuméfaction de la région inguinale et du scrotum droits. Au 3^e jour la tuméfaction volumineuse et douloureuse oblige le malade à entrer à l'hôpital.

Pas d'antécédents généraux, ni génitaux.

L'examen montre une tuméfaction donnant l'impression d'une tumeur herniaire sous des téguments infiltrés, rouges, d'apparence phlegmoneux.

A la palpation tumeur cylindrique, dure, irréductible occupant le trajet du cordon dont elle ne se distingue pas.

Le malade n'est pas allé à la selle ce jour : on l'opère pour hernie étranglée avec infiltration phlegmoneuse des bourses.

Compte-rendu :

Après incision du scrotum très infiltré et d'une vaginale épaissie on tombe sur la tumeur constituée par tes-

ticule, épидidymé et cordon formant un bloc au-dessous d'une torsion du cordon.

Masse en voie de sphacèle.

Castration.

Suppuration. — Réintervention après curettage de la poche.

Guérison.

Examen histologique :

Confirme la torsion du cordon et montre : la thrombo-phlébite des plexus pampiniformes — la periorchite adhésive avec disparition complète de la cavité vaginale, de telle sorte que le testicule et le tissu ambiant forment une masse unique — l'atrophie du testicule — l'inflammation septique récente du cordon, du testicule et des tissus de voisinage.

La discussion de ce cas de torsion totale met en valeur l'extrême rareté de cette forme de torsion.

OBSERVATION XII : MM. INGEBRAUS et VANHAECKE

Presse Médicale du 17 Août 1297

Torsion totale du cordon spermatique chez un nourrisson

Il s'agit d'un nourrisson présentant brutalement tous les signes d'une orchite aiguë sur un testicule à l'anneau et sous des téguments rouges.

A l'intervention : issue brutale d'une masse violacée tordue sur elle-même : le testicule.

La torsion siège haut sur le cordon : deux tours de spire.

Castration.

C'est avec le cas récent de PRINCETEAU et peut être le cas de FOUCAULT de Poitiers, les seuls cas de torsion testiculaire supra-vaginale, signalés chez des nourrissons

OBSERVATION XIII : M. PRINCETEAU (de Niort)

Rapport de M. Albert MOUCHET

Torsion supra vaginale chez un nourrisson de 5 mois

L... D... 5 mois. Entre à l'Hôpital le 28 octobre 1928.

Depuis trois jours (les parents ne peuvent préciser plus exactement le début des accidents), l'enfant est agité et paraît souffrir. Il ne vomit pas, et va normalement à la selle.

A l'examen on trouve, dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'une petite noix, douloureuse, rénitente, irréductible ; la peau est normale et glisse sur la tumeur ; celle-ci est immobile sur les plans profonds ; elle n'est pas influencée par les cris et les efforts.

Il n'y a pas de testicule dans l'hémiscrotum droit. Le testicule gauche est en place.

Intervention le 28 octobre 1928 : Incision sur la tumeur.

Elle conduit sur une petite masse noirâtre qui a l'aspect d'une hernie étranglée. Elle siège à l'entrée même de l'orifice inguinal externe.

On débride cet orifice et on constate que le cordon spermatique, en continuité avec la petite masse, est tordu

deux fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre.

Le testicule étant réduit à l'état de caillot noirâtre, on pratique la castration. Pas de hernie concomitante. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : Température à 39° le lendemain de l'intervention, puis tout rentre dans l'ordre.

L'enfant revu le 17 Novembre va tout à fait bien.

A propos de cette observation, M. MOUCHET déclare :

1°) Que la torsion testiculaire est plus fréquente qu'on ne le pense habituellement, dans le jeune âge.

2°) Que la variété haute de torsion intéresse toujours le testicule en ectopie.

3°) Que la variété basse est plutôt la panacée du testicule en place.

Il nous paraît que ces conclusions sont par trop catégoriques et qu'il faut se rallier à l'opinion du Professeur OMBREDANNE qui déclare qu'en pareille matière on peut tout voir et qu'il est impossible d'édicter une loi infailible.

Nous avons pensé rapporter, pour terminer les observations de PILLET, de KLINGER, de DUCHAMP et VIAL, du Professeur HARTMANN et RENAUD, mais celles-ci nous sont apparues comme étant à la limite du sujet que nous nous étions fixé : la torsion supra-vaginale. Aussi bien nous nous abstiendrons.

De ces observations, qui constituent après nos recherches la totalité des cas de torsion supra-vaginale rapportés, vont découler nos conclusions.

Elles seront de trois ordres : Anatomiques et anatomopathologiques, cliniques, thérapeutiques.

Anatomiques : Il ne semble pas (hormis l'observation X et l'observation I qui signalent la présence d'un petit tractus fibreux allant de la partie moyenne du testicule à la paroi du canal inguinal) que la lecture tant de l'observation que du compte rendu opératoire, éclaire d'un jour nouveau la pathogénie et le mécanisme de la torsion.

Toutefois presque toutes rapportent des cas de torsion survenus sur des testicules en ectopie : la situation inguinale du testicule favoriserait-elle comme le pensent MM. LAPOINTE, LEGUEU, MOUCHET la torsion au dessus de la vaginale ? C'est possible. Mais d'autres auteurs et parmi eux le professeur OMBREDANNE (Obs. VIII et IX), M. CHEVASSU (Obs. VI) pensent que la situation du testicule n'interviendrait pas dans la localisation anatomique de la torsion.

Rappelons encore les cas intéressants d'orchite des masturbateurs rapportés par le Professeur OMBREDANNE et notons que la majorité des observations rapportées laissent une large part étiologique au traumatisme, si léger soit-il.

Enfin les comptes rendus opératoires sont à peu près identiques en ce qui concerne les lésions trouvées :

Le cordon est en général gros, violacé et présente une

torsion tantôt de droite à gauche et de haut en bas, tantôt en sens inverse.

Dans la plupart des cas cette torsion est de un, deux tours de spire. Mais elle est toujours suffisante pour occasionner l'arrêt de la circulation dans les veines et les artères du cordon. Quelque fois (Obs. de M. CHEVASSU) surtout lorsque la torsion est déjà ancienne il se forme des brides fibreuses qui la fixent en quelque sorte et empêchent la détorsion spontanée ou par manœuvres externes.

Les lésions de la vaginale sont surtout des lésions de pachyvaginalite hémorragique, accolant par place vaginale et scrotum infiltré, œdémateux toujours.

La tunique celluleuse épaissie est parcourue par des vaisseaux de néo-formation qui « tentent de rétablir par « des voies détournées sans y parvenir jamais d'ailleurs « la circulation interrompue » (CHEVASSU).

Enfin testicule et épидидyme sont toujours très lésés : hypertrophie puis atrophie, dans quelques cas heureux. Mais dans ce cas même le testicule est le plus souvent frappé de mort. Infarctus hémorragique détruisant la glande dans un délai plus au moins long et aboutissant à ces désordres anatomiques que signale le professeur OMBREDANNE.

Cliniques. — Presque toutes nos observations signalent le début brutal des accidents et le tableau de « péritonisme scrotal » du professeur FORGUE, semble se retrouver dans la majorité des cas. Puis dans un 2^e temps les signes généraux s'estompent alors que les signes locaux

s'accusent. Enfin s'installe une période plus ou moins longue de tolérance, correspondant vraisemblablement anatomiquement à ce que certains auteurs ont appelé la torsion récidivante.

Mais tôt ou tard survient un nouvel accident de torsion qui par son aspect, l'atteinte plus accusée de l'état général oblige le malade à consulter et force la main du chirurgien.

Thérapeutiques. — Nous avons dit déjà les trois alternatives qui attendent le chirurgien :

Détorsion suivie de fixation,
Castration d'emblée,
Castration secondaire.

Presque toutes nos observations se terminent par la castration et si nous en croyons le professeur OMBREDANNE c'est dans la majorité des cas le dernier temps opératoire de l'intervention.

	AGE	ETIOLOGIE	SITUATION TESTICULAIRE	TRAITEMENT	SUITES OPÉRATOIRES
Obs. I	22 ans	Traumatisme	Ectopie Ing ^{le}	Castration	Bonnes
— II	15 ans	O	Ectopie Ing ^{le}	Castration	Bonnes
— III	13 ans	Traumatisme	Ectopie	Fixation	Bonnes
— IV	37 ans	Effort ?	Test. en place ?	Castration	Bonnes
— V	?	Massages	Ectopie	Castration ?	
— VI	36 ans	Effort	Testic. en place	Castration	Bonnes
— VII	20 ans	Tractions	Ectopie	Castration	Bonnes
— VIII	13 ans	O	Testic. en place	Fixation	Mauvaises : élimination testiculaire
— IX	9 ans	Masturbation	Testic. en place	Fixation	Bonnes
— X	14 ans	O	Ectopie	Castration	Bonnes
— XI	50 ans	O	?	Castration	Suppuration Réintervention sur la fistule
— XII	Nourrisson	?	?	Castration	Bonnes
— XIII	Nourrisson	?	Ectopie	Castration	Bonnes mais retardées

CONCLUSIONS

I. — La torsion supra-vaginale du cordon spermatique est une affection très rare par opposition à la torsion intravaginale dont les observations sont très nombreuses.

II. — Elle semble se produire plus volontiers au cours de l'adolescence, période de développement génital, âge de la masturbation pour le Professeur OMBREDANNE.

III. — L'ectopie testiculaire semblerait le plus souvent à l'origine de la torsion supra-vaginale (7 fois sur 11 cas).

Traumatismes, contraction crémastérienne, masturbation en seraient les causes déterminantes.

Le sens de la torsion ne semble pas défini.

IV. — Cliniquement un tableau brutal à type péritonéal ouvre la scène, puis l'orchite apparaît, douloureuse et bientôt volumineuse sous les tissus œdématiés.

Il faut intervenir dans le plus bref délai.

V. — Exceptionnellement en effet, le diagnostic de torsion du cordon est porté. On opère pour un étranglement herniaire ou une orchite aiguë qui ne fait pas sa preuve.

L'essentiel est qu'on opère et qu'on vérifie l'intégrité du cordon si l'on a le moindre doute.

VI. — Les lésions funiculaires et épидидymo-testiculaires sont le plus souvent très accusées et imposent la castration.

Les tentatives de fixation ont quelquefois permis de sauver un testicule peut-être compromis, parfois même ardoisé, mais bien souvent les suites opératoires mauvaises ont obligé à pratiquer une castration secondaire ou ont laissé des testicules sclérosés atrophiés, frappés de mort fonctionnelle.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
OMBREDANNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- DELASIAUVE. — *Revue médicale française et étrangère*,
1840, vol. 1, p. 363.
- SCARENZIO. — *Annali universali di medicina*, 1859, vol.
CLXX, p. 595.
- LANGLET. — *Bulletin de la Société anatom.* 1871, p. 281.
- LANGTON. — *St-Bartholomew's hospital reports*, T. XVII,
1881, p. 188.
- NICOLADINI. — *Arch. f. Klin. Chirurgie.*, T. XXXI, 1885,
p. 178.
- LAUENSTEIN. — *Volkmanns Sammlung Klin. Vortrage*,
1894, p. 1.
- JOHNSON. — *Annals of surgery*, 1894, 19, p. 580.
- JOHN VAN DER POEL. — *Med. Record*, T. XLVII, 1895,
p. 737.
- DEFONTAINE. — *Arch. prov. de chirurgie*, T. III, p. 1894,
p. 141.
- MAUCLAIRE. — *Tribune médic.*, 1894, p. 467.
- COSSIN. — *Thèse de Paris*, 1894, n° 361.
- SÉBILEAU. — *Traité de chir.* LE DENTU et DELBET, T. X, p.
40, 1901.

- BAROZZI. — *Bull. de la Soc. Anat.*, 1898, p. 188.
- RECLUS. — *Traité de chir.* 2^e éd., 1899, p. 1210 : Torsion du cordon spermat.
- WEISINGER. — *Münch. medicin. Wochensch.* 1899, T. 1, p. 235.
- SASSE. — *Archiv. für Klin. chir.*, 1899, T. 59, p. 791.
- NANU. — *Mém. Soc. Chir. de Bucarest*. T. 3, 1900, p. 78.
- DUJON et CHÉGUET. — *Arch. prov. de chir.* T. 9, 1900, p. 653.
- OMBREDANNE. — *Précis de chirurgie infantile*, Bull. Soc. Chir., 1913, p. 779.
- DUCHAMP et VIAL. — *Soc. Méd. St-Etienne, Loire Médicale*, 1909.
- PILLET. — *Journal des praticiens*, 10 décembre 1911.
- MOUCHET. — *Périss méd.*, 1922. Soc. Chir., 31 janv. 1923. Soc. chir., 5 déc. 1928.
- LEGUEU. — Soc. chir, 1896, 16 juillet. *Sté Chir.*, 1904, p. 48.
- ALEX. E. ROCHE.
- LAPOINTE. — *La torsion du cordon spermatique*. Maloine, 1904.
- CHEVASSU. — *Arch. générales de chir.*, 1908, II, p. 225-233.
- FORGUE. — *Précis de pathologie chirurgicale*, II, 1068.
- TUFFIER. — *Sté Chir*, 1908, p. 721.
- LATRILHE. — *Thèse*, Paris 1912.

DESCOMPS. — *Sté chir.*, 1925, p. 320.

INGEBRAUS et VANHAECKE. — *Presse Médicale*, 17 août 1927.

GABORIT. — *Thèse*, Bordeaux, Mai 1913.

HARTMANN. — *Soc. anat.* 1921, 257.

LEJARS. — *Sem. méd.*, 9 oct. 1904, p. 363.

HUGUIER. — *Revue franc. méd. et chir.*, 1907, p. 7.

OLERY. — *Orchite subaiguë de l'adolescent par torsion
de l'hydatide sessile de Morgagni*, Sté de Chi-
rurgie, 26 mai 1926.

